



# SOLUCIONES ELECTROMÉDICAS DE LA LAGUNA

[www.electromedicasel.com](http://www.electromedicasel.com)



FOLIO

FECHA

/ /

## HOJA DE SERVICIO

Institución/Empresa: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Tel: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### ESPECIFICACIONES DEL EQUIPO

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Equipo: \_\_\_\_\_

Accesorios incluidos: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ No. Serie: \_\_\_\_\_

Tipo de servicio:  Mantenimiento preventivo  Mantenimiento correctivo  Diagnóstico  Otro: \_\_\_\_\_

Falla reportada: \_\_\_\_\_

### INSPECCIÓN DEL EQUIPO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ACTIVIDADES REALIZADAS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HORAS DE  
SERVICIO

FOLIO DE  
GARANTÍA:

Garantía de

Días naturales sobre el servicio realizado

### RESPONSABLE DEL SERVICIO

Nombre: .....

Firma: .....

### CLIENTE

Nombre: .....

Firma: .....



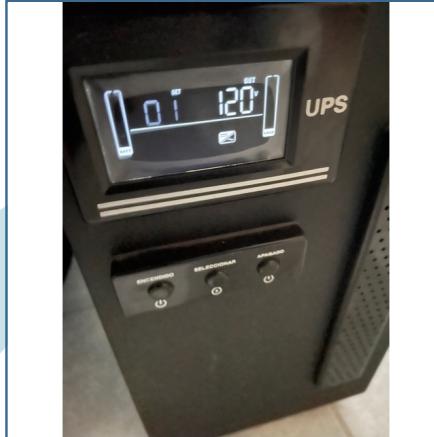
**SOLUCIONES ELECTROMÉDICAS DE LA LAGUNA**  
[www.electromedicasel.com](http://www.electromedicasel.com)



FOLIO

FECHA

## IMÁGENES DEL SERVICIO





SOLUCIONES ELECTROMÉDICAS DE LA LAGUNA

[www.electromedicasel.com](http://www.electromedicasel.com)



FOLIO

FECHA

## IMÁGENES DEL SERVICIO



[servicio@electromedicasel.com](mailto:servicio@electromedicasel.com)

Bruselas # 657 San Isidro Torreón, Coahuila, México.  
Tel: (871) 7-138175

[contacto@electromedicasel.com](mailto:contacto@electromedicasel.com)